

NOMBRE COMPLETO DEL MENOR:

**Sólo para información**

NÚMERO DEL CASO:

**No entregue a la corte****CUESTIONARIO DE SALUD Y EDUCACIÓN**

**AL PADRE O TUTOR DEL MENOR: La ley requiere que el trabajador social aprenda la historia de la salud medical, dental, mental, y educativa de su hijo. Favor de contestar todas las preguntas que pueda para que se pueda proporcionar la ayuda necesaria a usted y a su hijo.**

1. Su nombre completo: \_\_\_\_\_  
 a. Dirección: \_\_\_\_\_

b. Relación con el menor: \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del menor? \_\_\_\_\_

3. ¿Adónde nació el menor?

a. Ciudad, estado, y país: \_\_\_\_\_

b. Hospital: \_\_\_\_\_

c. Peso del menor al nacer: \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene algún problema médico el menor?  Sí  No (Si tiene, descríballo(s)):

a.  Alergias: \_\_\_\_\_

b.  Lesiones: \_\_\_\_\_

c.  Enfermedades: \_\_\_\_\_

d.  Discapacidades: \_\_\_\_\_

e.  Otro: \_\_\_\_\_

f.  Otro: \_\_\_\_\_

Respuesta continuada en el Adjunto 4.

5. ¿Está tomando el menor medicamentos recetados por el médico?  Sí  No (Si toma, escriba los nombres e indique para qué los toma):

Respuesta continuada en el Adjunto 5.

6. ¿Qué médico, clínica u hospital tiene los datos médicos y los datos de salud mental del menor, si los hay? (Escriba los nombres y las direcciones de todos los que vieron al menor y la fecha de la última visita):

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

Respuesta continuada en el Adjunto 6.

7. ¿Cuándo fue la última vez que el menor fue al dentista? Fecha: \_\_\_\_\_ (Nombre completo y dirección del dentista):

\_\_\_\_\_

Marque aquí si el menor nunca fue al dentista.

NOMBRE COMPLETO DEL MENOR:

**Sólo para información**

NÚMERO DEL CASO:

**No entregue a la corte**

8. ¿Cuándo fue la última vez que la vista del menor fue evaluada? Fecha: \_\_\_\_\_ (Nombre completo y dirección del dentista):

 Marque aquí si la vista del menor nunca fue evaluada.9. ¿Usa lentes el menor?  Sí  No

10. ¿Una póliza de seguro cubre el menor?

a. Médica  No  Sí (especifique): \_\_\_\_\_b. Dental  No  Sí (especifique): \_\_\_\_\_c. Vista  No  Sí (especifique): \_\_\_\_\_12. ¿Ha estado asistiendo el menor  a una guardería?  a una escuela?

a. ¿En qué grado está? \_\_\_\_\_

b. ¿Tiene alguna discapacidad del aprendizaje?  Sí  No (Si tiene, descríbala(s)):c. ¿Tiene alguna necesidad especial?  Sí  No (Si tiene, descríbala(s)):

d. ¿Cuál es el idioma primario del menor? \_\_\_\_\_

e. (Escriba los nombres y las direcciones de las últimas escuelas a las que asistió, y las fechas):

Fecha:

\_\_\_\_\_  
(ESCRIBA SU NOMBRE A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE)\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL O FUNCIONARIO DE LIBERTAD CONDICIONAL)